



**Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.** Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

**CUESTIONARIO PARA GESTANTES**

**INTRODUCCION**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

**I. DATOS GENERALES:**

*Instrucciones:*

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

- *Edad:.....años*
- *Tengo:..... meses de embarazo*
- *Distrito donde vive:.....*
- *Grado de instrucción:*

Ninguno            ( )  
Primaria            ( )  
Secundaria        ( )  
Superior            ( )

## II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. Ha ido alguna vez al dentista:

SI ( ) NO ( )

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:

SI ( ) NO ( )

3. *Responda el motivo de su última visita al dentista:*

- Consulta ( )
- Profilaxis ( )
- Curaciones ( )
- Dolor de muelas ( )
- Extracción ( )
- Otros ( ) Especifique:.....

4. *Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud no está asistiendo actualmente al odontólogo)*

- Porque estoy gestando ( )
- Porque no me duele ningún diente ( )
- Por miedo ( )
- Motivos económicos ( )
- Falta de tiempo ( )
- No me reciben en mi estado ( )
- Otros. ( ) Especifique:.....

### III. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

#### *Instrucciones:*

Esta parte del cuestionario contiene 22 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1. *¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud bucal?*
  - a) dulces, cepillo dental, pasta dental ( )
  - b) flúor, pasta dental, leche ( )
  - c) cepillo, hilo dental, sellantes ( )
  
2. *Principalmente, cuando debo cepillarme los dientes:*
  - a) Antes del desayuno ( )
  - b) Después del desayuno ( )
  - c) Antes de acostarme ( )
  
3. *¿La alimentación llevada durante su embarazo afectará los dientes de su hijo?*  
SI ( ) NO ( )
  
4. *¿Considera al flúor importante para los dientes de su futuro hijo?*  
SI ( ) NO ( )
  
5. *¿Lavaría las encías de su bebé antes de que salgan los dientes?*  
SI ( ) NO ( )
  
6. *¿Ud. pondría a dormir al niño con el biberón?*  
SI ( ) NO ( )
  
7. *¿Cree Ud, que si su hijo se succionara el dedo, chupones u otras cosas afectaría a su dentición?*  
SI ( ) NO ( )

8. *¿A qué edad considera debe llevar a su hijo por primera vez al dentista?*
- a) Al erupcionar el primer diente ( )
  - b) Cuando tenga edad suficiente ( )
  - c) Cuando le duela algún diente ( )
  - d) Cuando le salgan todos sus dientes ( )
9. *La placa bacteriana es:*
- a) restos de dulces y comida ( )
  - b) manchas blanquecinas en los dientes ( )
  - c) restos de alimentos y microorganismos ( )
  - d) No sé ( )
10. *La caries de biberón es:*
- a) la caries causada por dulces ( )
  - b) la caries que afecta los dientes de leche ( )
  - c) la caries causada por falta de aseo ( )
  - d) No sé ( )
11. *¿Considera Ud. A la caries una enfermedad contagiosa?*
- SI ( ) NO ( )
12. *Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”*
- SI ( ) NO ( )
13. *La gingivitis es:*
- a) el dolor de diente ( )
  - b) la enfermedad de las encías ( )
  - c) inflamación del labio ( )
  - d) No sé ( )
14. *La enfermedad periodontal es:*
- a) heridas en la boca ( )
  - b) la que afecta a los soportes del diente ( )
  - c) la pigmentación de los dientes ( )
  - d) No sé ( )

15. *Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de sus hijos?*  
SI ( ) NO ( )
16. *¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales con protección contra los rayos durante su gestación afectará a su hijo?*  
SI ( ) NO ( )
17. *¿Considera Ud. Que el uso de anestesia dental afectará su gestación?*  
SI ( ) NO ( )
18. *En que periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura*  
a) Entre el 1er y 3er mes ( )  
b) Entre el 3er y 6to mes ( )  
c) Entre el 6to y 9no mes ( )  
d) en ningún mes de gestación ( )
19. *¿Sabe cuando empiezan a formarse los dientes de su hijo?*  
a) A las 6 semanas de gestación ( )  
b) A los 6 meses de gestación ( )  
c) A los 6 meses de nacido ( )  
d) No sé ( )
20. *¿Sabe cuantos tipos de dentición tendrá su hijo?*  
a) 1 ( )  
b) 2 ( )  
c) 3 ( )  
d) No sé ( )
21. *¿Sabe cuantos dientes de leche tendrá su hijo?*  
a) 10 ( )  
b) 20 ( )  
c) 24 ( )  
d) No sé ( )
22. *¿Sabe cuándo erupcionarán los dientes de su bebé?*  
a) A los 3 meses de nacido ( )  
b) A los 6 meses de nacido ( )  
c) Al año de nacido. ( )  
d) No sé ( )



Gestantes en Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia del Hospital

Nacional Daniel A. Carrión